

Revista Clínica Española

Dr. Juan García Puig,

Dr. Gabriel Gaspar Alonso-Vega.

Dr. Juan José Ríos Blanco.

XXX
Congreso Nacional de
la Sociedad Española
de Medicina Interna

VIII Congreso de la
Sociedad de Medicina Interna
de la Comunidad Valenciana

Valencia 18-21 Noviembre 2009
Palacio de Congresos

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

- **Plan ESTRATEGICO**

- **C.V.:**
 - **Dr. Juan García Puig**
 - **Dr. Gabriel Gaspar Alonso-Vega**
 - **Dr. Juan José Ríos Blanco**

Plan ESTRATEGICO

Escaparate de Med Interna

REVISTA CLINICA ESPAÑOLA
 PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

VOLUMEN 208 · NUMERO III · NOVIEMBRE 2008

Edición ¿Debemos tratar la hipertensión arterial en el muy anciano? J. Guadaño-Pérez y B. Gil Escamez 481	Pruebas de imagen en el dolor abdominal agudo C. del Arco Galán, M. J. Pérez García y G. García-Casado Sánchez 520
Original Estudio ZANYCONTROL. Papel de la oficina de farmacia J. Alberto Alonso, V. H. Daulton, J. Martín Sánchez, J. L. Libermé-Cano y M. T. del Real-López, et al. Representación de la oficina de farmacia ZANYCONTROL 492	Medicina en imágenes Tumoración en la pared anterior del hemotórax izquierdo M. Dolgado-García, P. Lázaro del Estal, C. Corrao Zabala, E. García-Molina, M. Gil Navarro, A. Castañeda Izquierdo y M. Yebra-Saiz 504
Estudio del riesgo coronario y de ictus en pacientes hipertensos mayores de 54 años atendidos en Atención Primaria A. Rosa-Casado Coll, A. Muñoz-Lorenzo, R. de Cosío y C. Guadaño-Cosío, en representación de los investigadores de estudio ICTUS 490	Mujer de 84 años con una úlcera necrótica en el miembro inferior izquierdo M. T. Carrasosa-Sánchez, D. Galano Martín, D. S. B. de la Fuente, García 516
Influencia de la derivación a un Servicio de Medicina Interna en el seguimiento de pacientes alcohólicos P. Ariza, M. Marañón, J. Ariza y F. J. Liso 469	Abdomen agudo en un paciente de 54 años E. Domínguez-Fernández, P. Raposo-Martalés, D. García Gil y J. L. Andujar-González 529
Manifestaciones y curso clínico del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general R. Moore-Sánchez, B. Chacabayo-Velas, S. Príncipe-Torres, R. Rajaratnam, M. Iván Zúñiga y S. Paz Fernández 506	Caso del Día Pericarditis purulenta como complicación de la neumonía neumocócica bacteriémica S. Vargas-López, L. Pérez, J. L. Corzo y J. M. Gilman-Martos 521
Comunicación breve Prevalencia y riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca en los hipertensos españoles atendidos en Atención Primaria. Estudio HICAP S. J. Kivimäki, J. A. Díez-Veiga, E. Somersalo, L. Miquel-Casasnovas y M. Lague, en nombre de los investigadores del estudio HICAP 503	Eritema nodoso y tularemia S. Pizarro-Hidalgo, J. M. Pinedo de Pata, J. J. Martín-Sánchez y Y. Martín-Bermejo 512
Comentarios clínicos Nefropatía por contraste. Revisión y profilaxis Z. Muñoz-González y M. Arca-Gutiérrez 507	Sobre el término «ptologías» en la acepción de enfermedad J. M. Pinedo de Pata y S. Pizarro-Hidalgo 522
	Aplasia pura de células rojas secundaria a carbamazepina B. Pineda, D. Sánchez, L. Acosta y F. Torralba 531

SEMI www.elsevier.es/rcc



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA (SEMI)

1952 Acta de Constitución

**Carlos Jiménez Díaz
 Gregorio Marañón
 Teófilo Hernando
 Juan Andreu Urrua
 Manuel Bermejillo**

• **Plan ESTRATEGICO**



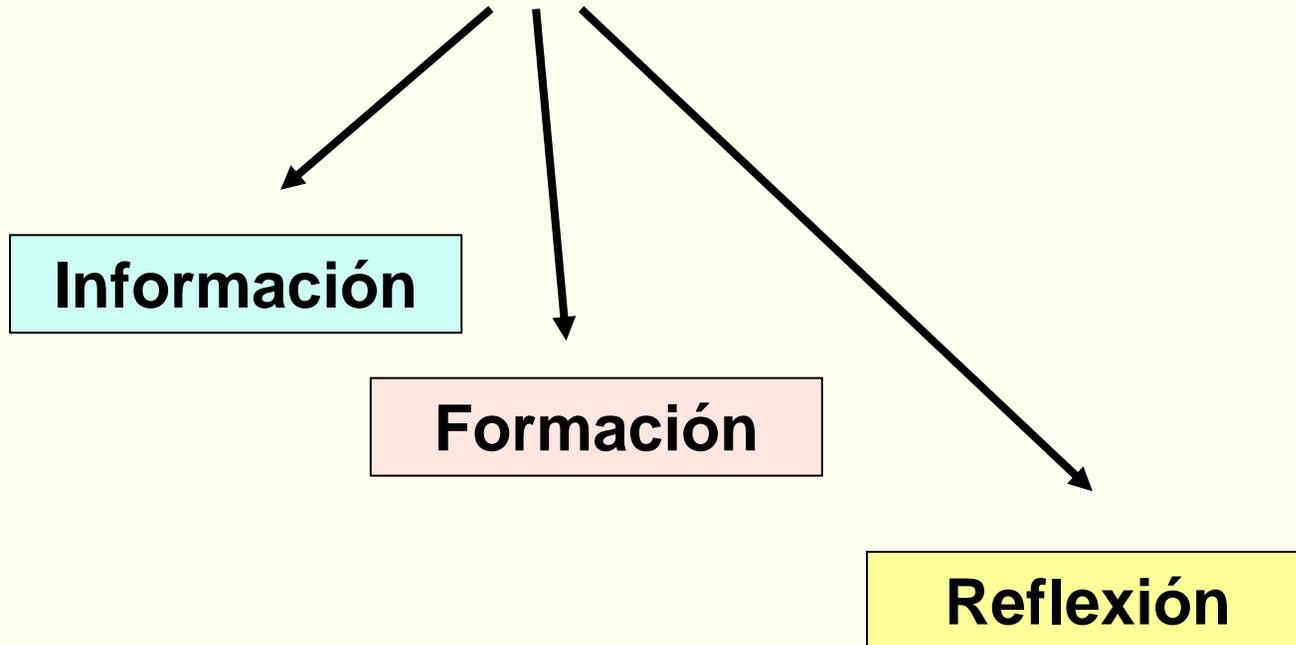
OBJETIVO general



Objetivos concretos
(áreas de desarrollo)

• **Plan ESTRATEGICO**

Objetivo General



... en un formato agradable y de fácil lectura.

OBJETIVOS concretos: 4 Areas de desarrollo

- 1. Actualización, diseño, secciones y contenidos.**
- 2. Coordinadores, grupos de trabajo.**
- 3. Residentes, recepción de Rev Clin Esp.**
- 4. Página web, renovación.**

1. Actualización, diseño, secciones y contenidos.

REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA

PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

VOLUMEN 209 • NÚMERO III • NOVIEMBRE 2008

Editorial ¿Debemos tratar la hipertensión arterial en el muy anciano? J. Gordo Trigo y B. Gil Escamez	Pruebas de imagen en el dolor abdominal agudo C. del Arco Galán, M. T. Pons Ginés y G. García-Casasnová Sánchez
481	520
Orígenes Estudio ZANYCONTROL. Papel de la oficina de farmacia J. Albaladejo Alcarán, V. del Cañal, J. Méndez Sánchez, J. L. López Carrón y M. Tardío. Hábitos de prescripción de los fármacos: papel de la oficina ZANYCONTROL.	Medicina en imágenes Tumoración en la pared anterior del hemotórax izquierdo M. López-Cano Gómez, P. Laguna del Estal, C. García Zubiré, R. García Muñoz, M. Gil Navarro, A. Castañeda Estarce y M. Yelcho Bango
483	524
Estudio del riesgo coronario y de ictus en pacientes hipertensos mayores de 54 años atendidos en Atención Primaria A. Rosés-Casado Coll, A. Muñoz Lopez, R. de Cosío y C. Gualdo Casas. Caracterización de los investigadores de la familia CITES.	Mujer de 84 años con una úlcera necrótica en el miembro inferior izquierdo M. T. González-Sánchez, M. Gallana Martín, B. Rodríguez Díaz y B. de la Fuente García
493	517
Influencia de la derivación a un Servicio de Medicina Interna en el seguimiento de pacientes alcohólicos P. Ariza, M. Muñoz, J. E. Ariza y J. J. Lobo	Abdomen agudo en un paciente de 54 años B. Domínguez Domercq, P. Rodríguez Montañés, D. García Gil y J. L. Andrés Guerrero
499	529
Manifestaciones y curso clínico del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general B. Moreno Sánchez, E. Castaño Vélez, S. Triviño Díaz, B. Ribera del Rey, M. Pardo Fernández y S. Pina Fernández	Crisis al Director Pericarditis purulenta como complicación de la neumonía neumocócica bacteriémica S. Vargiu-López, L. Pérez, J. L. Corzo y J. M. Gómez-Muñoz
506	531
Comunicación breve Prevalencia y riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca en los hipertensos españoles atendidos en Atención Primaria. Estudio HEAP B. de Rivas, J. A. Díez-Tejedor, E. Sánchez, E. Márquez-Correa y M. López. Resultados de las investigaciones del estudio HEAP.	Eritema nodoso y tularemia S. Franco-Hidalgo, J. M. Pardo de Tera, J. J. Melián-Sánchez y E. Méndez Becerra
513	542
Comentarios clínicos Nefropatía por contraste. Revisión y profilaxis Z. Mubashir Ghafoor y M. Ariza Guillén	Sobre el término «ontología» en la acepción de enfermedad J. M. Pardo de Tera y S. Triviño Hidalgo
521	548
	Aplasia pura de células rojas secundaria a carbamazepina B. Pardo, D. Sánchez, L. Acevedo y E. Timón
	551

www.elsevier.es/rtcc



INCLUIDA EN MEDLINE/INDEX MEDICUS, SCIENCE CITATION INDEX EXPANDED, JOURNAL CITATION REPORTS Y EMBASE/EXCERPTA MEDICA

ISSN: 0014-2565

Incluida en Medline/Index Medicus, Science Citation Index Expanded, Journal Citation Reports y Embase/Excerpta Medica

Revista Clínica Española

Volumen 209

Número 1

Enero

2009

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna

EDITORIAL

- 1 Nueva Dirección de Revista Clínica Española
J. García Puga, G. Gaspar Alonso-Vega y J.J. Ries Blanco

ORIGINAL

- 1 Alteraciones del metabolismo de la glucosa y estudio de seguimiento de una población adulta no diabética
H. Vernez Vermet, M.J. Sánchez Pelaez, E. Jovell Fernández, R. Casado Riera, E. Tar Figueiras y J. Anglada Barceló
- 9 Factores asociados a mortalidad en noagenarios. Estudio NonaSantfeliu. Seguimiento a los dos años
F. Ferrniga, A. Ferrn, J. Pérez-Castrón, A. Riera-Mestre, D. Chivite y R. Pujol

COMUNICACIÓN BREVE

- 15 Riesgo de enfermedad tromboembólica y estudio de utilización de tromboprotaxis en pacientes médicos hospitalizados y al alta hospitalaria
A.M. Barabid, C. Fernández Capitan, N. Iniesta Aranda, F. García de Pasa, J. Valero Recia, M. Blázquez y A.J. Carlos Sansón

COMENTARIO CLÍNICO

- 21 Tratamiento del fenómeno de Raynaud y, Fandiola-Pla, C. Pilar Simón Aznar y M. Vilardell-Tarred

REVISIÓN

- 25 La medicina basada en la evidencia y los fármacos aprobados para el tratamiento de la osteoporosis. Papel del calcio y la vitamina D
M. Sosa Henríquez y M.J. Gómez de Tejada Romero

SESIÓN CLÍNICA CERRADA

- 37 Conferencias clínicopatológicas de la SEMI
Coordinadores: R. Pujol Ferrnola y M. Aranda Sánchez

MEDICINA EN IMÁGENES

- 43 Lesión purpúrica recurrente en el dorso de la mano
- 46 Ictus isquémico agudo en joven inmigrante
- 49 Bultido vertebral en paciente con infección por el VIH
- 57 Mujer de 47 años con úlceras recidivantes y placas induradas en miembros inferiores

CARTAS AL DIRECTOR

- 54 Aneurisma distal de la arteria cerebral media izquierda localizado con neuronavegación durante la cirugía
- 55 Trombosis de la vena yugular externa
- 56 Anemia hemolítica y abuso alcohólico: ¿pensamos en el síndrome de Zieve?



www.elsevier.es/rtcc



www.elsevier.es/rtcc

1. Actualización, diseño, secciones y contenidos.

1. **Sumario.** Resumen de contenidos.
2. **Originales***. (Máximo dos por número).
3. **Original breve***. (Máximo uno por número).
4. **Editorial.**
5. **Actualización Clínica***. Caso Clínico real - Autoevaluación
6. **Conferencia Clínico – Patológica.**
7. **Artículo especial***.
8. **El artículo del mes.**
9. **Ser MEDICO.** Artículo de reflexión personal.
10. **Nota singular.**
11. **Correspondencia.**
12. **Informaciones de interés.**

*revisión por expertos.

ISSN: 0014-2563

Incluida en Medline/Index Medicus, Science Citation Index Expanded, Journal Citation Reports y Embase/Excerpta Medica

Revista Clínica Española

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna

Volumen 209
Número 10
Noviembre
2009

ORIGINALES

439 Análisis de dos años de actividad de Medicina Interna en los Hospitales del sistema nacional de salud
R. Barba Martín, J. Meno Martínez, J. Emilio Loza, J. Canora Lebrero, S. Plaza Castell y A. Zapatero Gaviria

467 Análisis de la población acudido en una unidad de tuberculosis en Madrid. Evolución e impacto de la inmigración desde 1997 a 2006
L. Soler Rangel, M.A. García Viejo, M.J. Jorás Hernández, J.L. Vidal Pérez, G. López Mosquera y A. Higuerao Asensio

ORIGINAL BREVE

478 Mixomas cardíacos: serie de 30 pacientes
C. García Zubizarri, M. Yebra Yebra, C. Salas Antón, R. García Muñoz, I. Manzana Espinosa y M. Yebra Bango

EDITORIAL

487 La Medicina Interna sigue su camino
M. Vicedell Ferrás

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

485 Parapneumónico pleural effusions and empyema in adult recurrent pneumococcal pneumonia
J.M. Parcal y R.W. Light

CONFERENCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA

497 Mujer de 36 años con disnea y derrame pericárdico
E. L. Martínez Hernández y E. González-Obea

ARTÍCULO ESPECIAL

503 Reflexiones sobre la amnesia de los estudios científicos
E. Escortell-Mayor, S. Mergel-Carrolla y Grupo de Investigación Clínica en Atención Primaria

EL ARTÍCULO DEL MES

511

SER MÉDICO

516 El difícil camino del médico cuidador
C. Vázquez Martínez

NOTA SINGULAR

519

CORRESPONDENCIA

520 Pancreatitis aguda, hipercalcemia y ecografía cervical

521 Shoulder pad y macroglíosis: dos signos de amiloidosis

522 Diagnóstico de feocromocitoma mediante tomografía computarizada

524 Etimema nocturno secundario a fiebre Q

524 Réplica

525 Acerca de la epidemiología de las infecciones

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

www.elsevier.es/rce

Algoritmo de decisión EDITORIAL

Manuscrito



Asignación a Editor



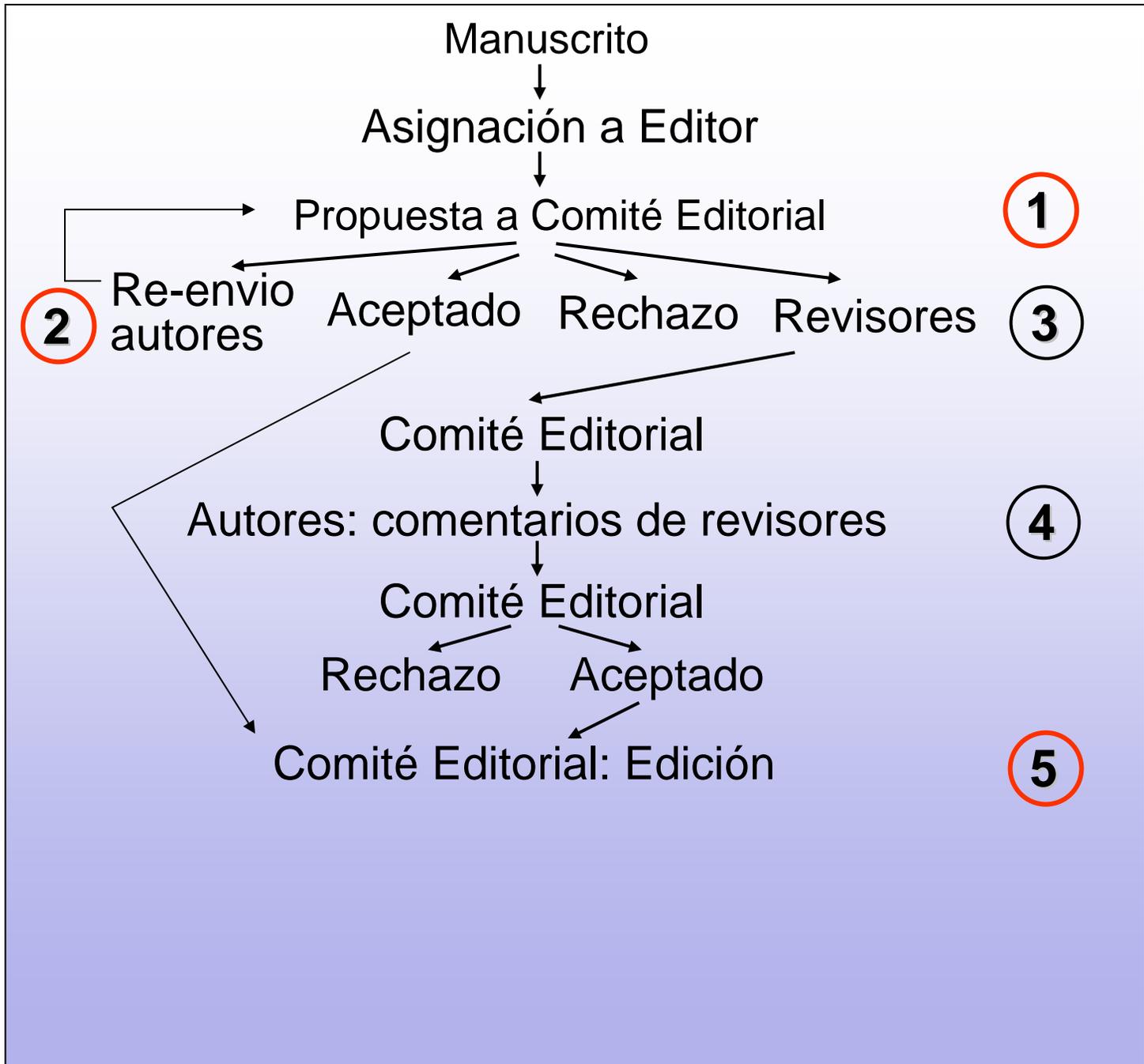
Propuesta a Comité Editorial

1

1 Editor: **PROPUESTA** a Comité Editorial.

- **TITULO:**
- **AUTOR:**
- **HOSPITAL:**
- **COMENTARIO:**
- **PROPUESTA a Comité:**

Algoritmo de decisión EDITORIAL



55R.

19-1-09

(S) Maldonado j.maldonado@hulp.

(R) 10-2-09

(S) Javier Garcia Alegria j.alegria@hcs.es

salud.madrid.org

12953

Análisis de dos años...

FECHA: 12/1/09		N.º:
SECCIÓN: Original		
AUTOR: A. Zapatero		
TEXTO	TABLAS	FIGURAS
FECHA DE ACEPTACIÓN:		

23-1-09 Javier Maldonado Gausalen (restaurado)

26-1-09 (S) Jorge Gómez Cerro .med002708@

Alfonso Monereo ~~revo~~ Alarso (S) saludalia cau

Monereo amonereo@telefonica.net

2-2-09 Envío a Javier Garcia Alegria (R) 14-2

2-2-09 " " Alfonso Monereo

3-2-09 " " a Jorge Gómez Cerro

4-2-09 Recibido crítica de Jorge Gómez

10-2-09 Recibida crítica A. MONEREO

Carta 4 autores con crítica y Carta 5 (carta a revisores)

Carta SA para q (logos carta del per-dive) (Carta 5-2)

quiere -> quien es el revisor.

18-02-09 A Mod Fica 2 (C. U.)

(R) 23-02-09

Mancha periódica sobre abreviaturas Alarso

¿Por qué debemos **EDITAR**?

En este número de **Medicina Clínica**, el Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna publica

En este número de **Revista Clínica Española**, el Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca

trabajo
Etiología = subgrupo de un grupo de personas que analizó los casos - versión 2.
que incluye

Desde un proceso más extenso se realizó a los pacientes pluripatológicos mediante un proceso de selección de los criterios de inclusión y exclusión. La adherencia a la medicación fue completa en pacientes que cumplían criterios de paciente pluripatológico de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, estuviesen recibiendo al menos cinco fármacos simultáneamente, excluyéndose pacientes medicados, según la definición de polimedición del Contrato-Programa para Atención Primaria de la misma consejería, de enero de 2003. Entre marzo de 2003 y marzo de 2005, sobre una población elegible de 24471 usuarios pertenecientes a un centro de salud del área sanitaria de un hospital universitario, 265 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. El proceso de entrevistas y recogida de datos se completó en octubre de 2006. A estos pacientes se les realizó una entrevista estructurada, por parte un investigador no relacionado con la asistencia del paciente. La encuesta fue contestada por los propios pacientes cuando su grado de independencia funcional y situación de deterioro cognitivo le permitiera, de lo contrario la persona cuidadora principal contestó el cuestionario. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y asistenciales según ha descrito. La dependencia funcional se evaluó según el índice de Barthel (IB) para las actividades básicas de la vida diaria (independencia: 100, dependencia leve: 95, moderada: 65-90, severa: 25-60, total: 0-20). El deterioro cognitivo se evaluó mediante el cuestionario de Pfeiffer (CP, normal: 0-2 errores, leve: 3-4 errores, moderado: 5-7 errores, severo: 8-10 errores), permitiendo un error más si el paciente carecía de un nivel de educación primaria. Como persona cuidadora principal se definió a aquella responsable de los cuidados del paciente durante el periodo del estudio, diferenciándose el tipo de relación familiar o profesional con el sujeto. La satisfacción con la asistencia prestada fue evaluada mediante las siguientes cuestiones: ¿comprende a su médico?, ¿oye a su médico?, ¿recibe información suficiente?, ¿encuentra amable a su médico? y ¿encuentra amable a su enfermero/a? Estas fueron puntuadas según escala de Likert (1= "mucho peor de lo esperado", 2= "peor de lo esperado", 3= "igual a lo esperado", 4= "mejor de lo esperado", 5= "mucho mejor de lo esperado"). El régimen terapéutico de los pacientes fue recogido mediante la lista de fármacos aportada por su médico de familia, confirmándose dicha prescripción mediante la exposición por parte de los individuos sus cuidadores de toda la medicación que estuviese tomando en el momento de la encuesta.

C. Frade
???

En cuanto a definición de adherencia se utilizó definición de medicación y periodo de descanso (siempre, algunas veces, nunca).

De esta forma fueron anotados el nombre del fármaco, su posología, fecha de inicio y de final del tratamiento y el nombre del facultativo que lo prescribió. Mediante un cuestionario validado¹, modificado, se interrogó sobre la realización de periodos de descanso con su medicación, la duración de estos, si olvidaba tomarla ("siempre", "algunas veces", "a veces", "nunca") y los descansos de medicación ("siempre", "algunas veces", "a veces", "nunca"). La adherencia a la medicación fue definida para un fármaco si el encuestado había olvidado tomar la medicación o realizado descansos de ésta sólo "a veces", considerándose "a veces" al menos un 80% de las dosis. Adherencia "completa" significó la adherencia según la definición mencionada, pero para todos los fármacos. De este modo, un paciente con olvidos de más del 80% de dosis, de uno o más fármacos del tratamiento prescrito, fue considerado como no adherente de forma "completa". Se seleccionó un consentimiento verbal para participar en el estudio.

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (versión 15.0.1, 2006, ©SPSS Inc., Chicago, Illinois). Se compararon las variables cualitativas mediante prueba de Chi-cuadrado, utilizando la prueba exacta de Fisher v. tras realizar el test de Kolmogorov-Smirnov, la prueba de la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Para determinar la asociación de las variables a la no adherencia se emplearon análisis de regresión logística múltiple, modificando las variables cuantitativas en variables dummy. Todos los tests estadísticos fueron considerados significativos para el nivel de confianza del 5%.

RESULTADOS De los 265 pacientes pertenecientes al centro de salud, seleccionamos 265 pacientes. Se excluyeron 60 enfermos por:

- Excluidos 141 pacientes de los 265 reclutados, tras excluir 60 por datos incompletos fundamentalmente no disponer del régimen terapéutico completo, ausencia de índices de Barthel y Pfeiffer recogido 11 por no aceptación de participar, 8 por traslado de residencia no pudiendo ser localizados, y 5 por caídas durante el estudio. No encontramos diferencias significativas en edad, sexo, número de categorías definitorias de PPP, presencia de

- Se definió adherencia a la medicación cuando el paciente tomó más del 80% de todas las dosis de todo el medicamento (adherencia completa).
- Para evaluar si las variables cualitativas siguen una distribución normal se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov con las variables cuantitativas.

excluir

siempre
siempre
nunca
presencia

Chi-cuadrado

prueba exacta de Fisher

no de adherencia

persona cuidadora o no, cardiopatía isquémica u otras categorías entre los pacientes excluidos y los incluidos en el estudio.

La media de edad, número de categorías diagnósticas, índice de Barthel, puntuación de Pfeiffer, número de especialistas prescriptores diferentes al médico de familia y número de fármacos por paciente se exponen en la tabla 1.

Un 49% de los individuos seleccionados fueron mujeres y 97 disponían de una persona cuidadora (grupo CC) mientras 84 de ellos no (grupo SC). Las enfermedades crónicas más prevalentes fueron: cardiopatía isquémica (53%), microangiopatía diabética y enfermedad arterial periférica (57%), enfermedad respiratoria crónica (36%) e insuficiencia cardíaca (25%). Un total de 1484 prescripciones de fármacos fueron prescritos. Los fármacos más prescritos fueron antihipertensivos (IECA, ARAII, tiazidas, calcioantagonistas), psicoactivos (benzodiazepinas, neurolepticos), inhibidores de la bomba de protones, antiagregantes o hipolipemiantes. El número de prescriptores fue 2,26±0,68 (1-5) 112 sujetos, un 81,2% con cardiopatía isquémica presentaron 7 o más fármacos, mientras 24, un 57,1% de los pacientes sin esta categoría definitiva recibían 7 o más fármacos (p=0,002).

Encontramos diferencias significativas entre los pacientes con y sin persona cuidadora en cuanto a género (38% de mujeres en el grupo SC frente al 59% de los pacientes CC, p=0,004), presencia de cardiopatía isquémica (62% del grupo SC frente al 44% del grupo CC; p=0,015), y número de especialistas (exclusivamente médico de familia en un 19% del subgrupo SC frente al 31% del subgrupo CC; p=0,039). También se hallaron diferencias entre el uso de estatinas (43% en el grupo SC y 27% de los sujetos CC; p=0,017), en el uso de betabloqueantes (31% en el grupo SC y el 18% en el grupo CC; p=0,026), de furoscimida (24% de sujetos SC y 42% de pacientes CC; p=0,007), y uso de hipotóicos (2% de pacientes SC y 9% de sujetos CC; p=0,049). No encontramos diferencias para las variables relacionadas con la satisfacción de la asistencia prestada, relación familiar o profesional de la persona cuidadora con el paciente, o el uso de otros fármacos a los prescritos.

Las variables clínicas que mostraron diferencias significativas fueron: edad, índice de Barthel, puntuación de Pfeiffer, número de especialistas prescriptores diferentes al médico de familia y número de fármacos por paciente se exponen en la tabla 1. Un 49% de los individuos seleccionados fueron mujeres y 97 disponían de una persona cuidadora (grupo CC) mientras 84 de ellos no (grupo SC). Las enfermedades crónicas más prevalentes fueron: cardiopatía isquémica (53%), microangiopatía diabética y enfermedad arterial periférica (57%), enfermedad respiratoria crónica (36%) e insuficiencia cardíaca (25%). Un total de 1484 prescripciones de fármacos fueron prescritos. Los fármacos más prescritos fueron antihipertensivos (IECA, ARAII, tiazidas, calcioantagonistas), psicoactivos (benzodiazepinas, neurolepticos), inhibidores de la bomba de protones, antiagregantes o hipolipemiantes. El número de prescriptores fue 2,26±0,68 (1-5) 112 sujetos, un 81,2% con cardiopatía isquémica presentaron 7 o más fármacos, mientras 24, un 57,1% de los pacientes sin esta categoría definitiva recibían 7 o más fármacos (p=0,002).

Encontramos diferencias significativas entre los pacientes con y sin persona cuidadora en cuanto a género (38% de mujeres en el grupo SC frente al 59% de los pacientes CC, p=0,004), presencia de cardiopatía isquémica (62% del grupo SC frente al 44% del grupo CC; p=0,015), y número de especialistas (exclusivamente médico de familia en un 19% del subgrupo SC frente al 31% del subgrupo CC; p=0,039). También se hallaron diferencias entre el uso de estatinas (43% en el grupo SC y 27% de los sujetos CC; p=0,017), en el uso de betabloqueantes (31% en el grupo SC y el 18% en el grupo CC; p=0,026), de furoscimida (24% de sujetos SC y 42% de pacientes CC; p=0,007), y uso de hipotóicos (2% de pacientes SC y 9% de sujetos CC; p=0,049). No encontramos diferencias para las variables relacionadas con la satisfacción de la asistencia prestada, relación familiar o profesional de la persona cuidadora con el paciente, o el uso de otros fármacos a los prescritos.

Las variables clínicas que mostraron diferencias significativas fueron: edad, índice de Barthel, puntuación de Pfeiffer, número de especialistas prescriptores diferentes al médico de familia y número de fármacos por paciente se exponen en la tabla 1.

Un 49% de los individuos seleccionados fueron mujeres y 97 disponían de una persona cuidadora (grupo CC) mientras 84 de ellos no (grupo SC). Las enfermedades crónicas más prevalentes fueron: cardiopatía isquémica (53%), microangiopatía diabética y enfermedad arterial periférica (57%), enfermedad respiratoria crónica (36%) e insuficiencia cardíaca (25%). Un total de 1484 prescripciones de fármacos fueron prescritos. Los fármacos más prescritos fueron antihipertensivos (IECA, ARAII, tiazidas, calcioantagonistas), psicoactivos (benzodiazepinas, neurolepticos), inhibidores de la bomba de protones, antiagregantes o hipolipemiantes. El número de prescriptores fue 2,26±0,68 (1-5) 112 sujetos, un 81,2% con cardiopatía isquémica presentaron 7 o más fármacos, mientras 24, un 57,1% de los pacientes sin esta categoría definitiva recibían 7 o más fármacos (p=0,002).

p3 (4)

112
24
136
77,9%

Una serie de 131 no cumplió con la definición de adherencia completa (26% de los enfermos fueron clínicamente adherentes completos) presentaron fueron: grupo etario 69-72 años (57,1% de adherencia "completa" frente a 78,1%

de otras edades, p=0,009), disponían de persona cuidadora (83% frente a 65,1% del grupo SC; p=0,005), categoría clínica cardiopatía isquémica (67,3% con cardiopatía isquémica frente a 83,8% sin esta categoría; p=0,006), índice de Barthel ≤ 60 (89,3% frente a 67,7% de los pacientes con IB ≤ 60 ; p=0,004) y puntuación de Pfeiffer ≤ 2 (68,3% frente a 87,3% para CP > 2 ; p=0,015). El resto de variables consideradas no mostró diferencias en cuanto a adherencia total.

Las variables asociadas de forma independiente a la no adherencia completa mediante análisis de regresión logística multivariable se muestran en la tabla 2. En el análisis de los 131 pacientes incluidos, la presencia de cardiopatía isquémica y los grados menores de independencia funcional (IB > 85) se asociaron a no adherencia "completa" como se ha descrito.

Así, entre los 95 pacientes con cardiopatía isquémica, 32 sujetos (33,7%), y de los 109 individuos con IB > 85 , 36 (33%) no presentaron adherencia "completa", frente a un 26% en el total de pacientes. En ninguno de los dos subgrupos, cardiopatía isquémica o IB > 85 , encontramos diferencias significativas para el número de fármacos prescrito (p>0,5).

De este modo, la adherencia "completa" se presentó en 49 de 53 (92,5%) pacientes CC e IB ≤ 60 , 32 de 44 (72,7%) pacientes CC e IB > 60 , 21 de 72 (67,7%) pacientes SC e IB ≤ 100 , 2 de 6 (33,3%) de sujetos SC e IB > 95 , y 0 de 6 (0%) de los pacientes SC e IB ≤ 90 .

DISCUSION:

Este trabajo sobre adherencia en una muestra de pacientes pluripatológicos polimedicaos muestra cómo el grado de dependencia funcional y la presencia de una persona cuidadora se asocian a un cumplimiento significativamente superior, cuando ocurren juntos. Un grado menor o moderado de discapacidad (IB 60-90) ofrece una barrera importante a la adherencia, sobre todo en pacientes sin persona cuidadora.

Otros hallazgos relevantes de este estudio es que en los PH con cuidador se observó menor adherencia asociada un número de fármacos por paciente > 7 solo en el grupo de pacientes sin persona cuidadora.

CC	59	72	131
SC	83	109	192
CC	67	64	131
SC	83	109	192

no clava

Las siglas variables se resumen a lo largo de la adher. completa: CC e IB ≤ 60 p=0,007 e. entre IB ≤ 60 (89,3 vs 67,7) p=0,001

Por otro lado, en el análisis de los 131 sujetos con IB ≤ 60 se observó un cumplimiento superior, cuando ocurren juntos. Un grado menor o moderado de discapacidad (IB 60-90) ofrece una barrera importante a la adherencia, sobre todo en pacientes sin persona cuidadora.

Mucho más de enfermos con edad entre 69-72 y punt. Pfeiffer > 2

El número de enfermos de IB ≤ 60 con persona cuidadora (CC) fue de 59 (44,9%) frente a 131 (65,1%) en el grupo SC. El número de enfermos de IB > 60 con persona cuidadora (CC) fue de 32 (24,1%) frente a 109 (55,8%) en el grupo SC. El número de enfermos de IB ≤ 60 sin persona cuidadora (SC) fue de 24 (18,1%) frente a 84 (43,9%) en el grupo SC. El número de enfermos de IB > 60 sin persona cuidadora (SC) fue de 36 (27,0%) frente a 109 (55,8%) en el grupo SC.

Figura. Terapia combinada en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular

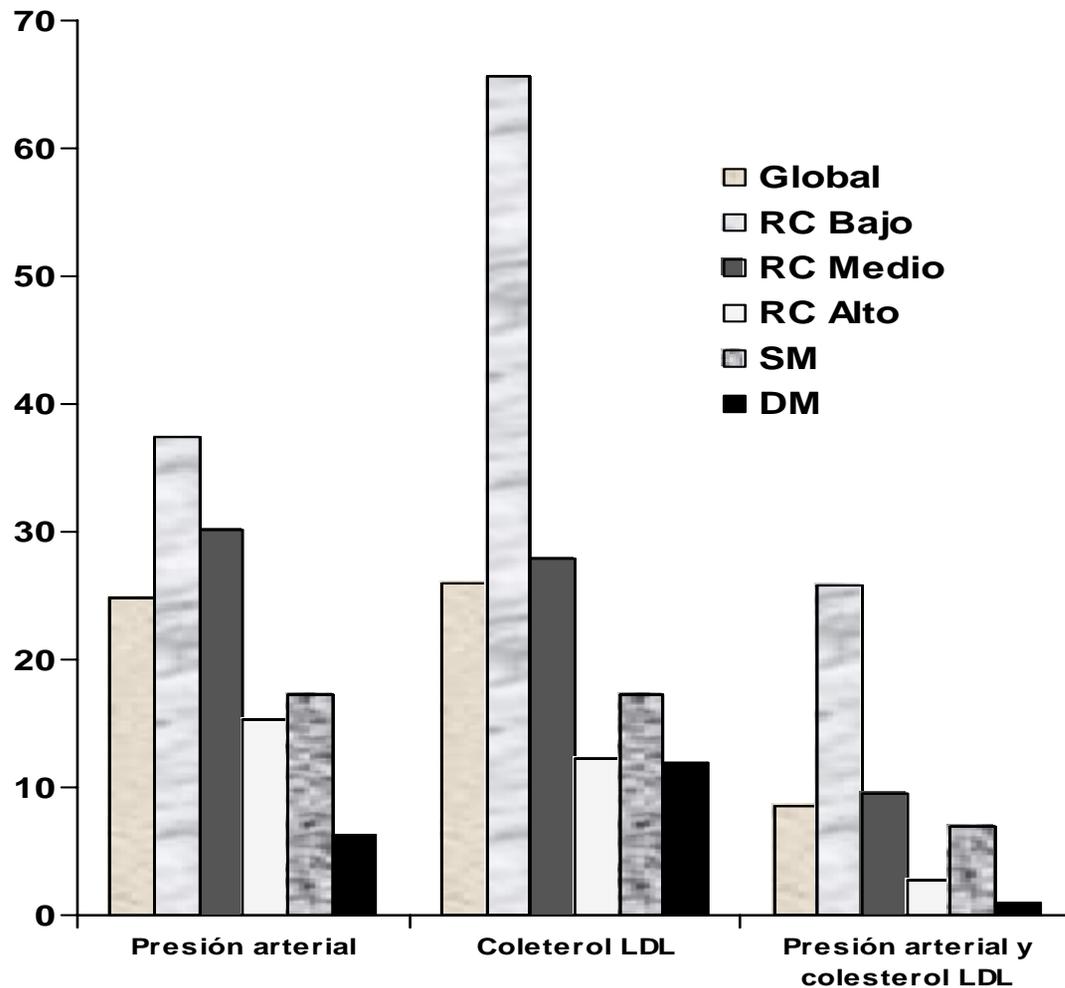
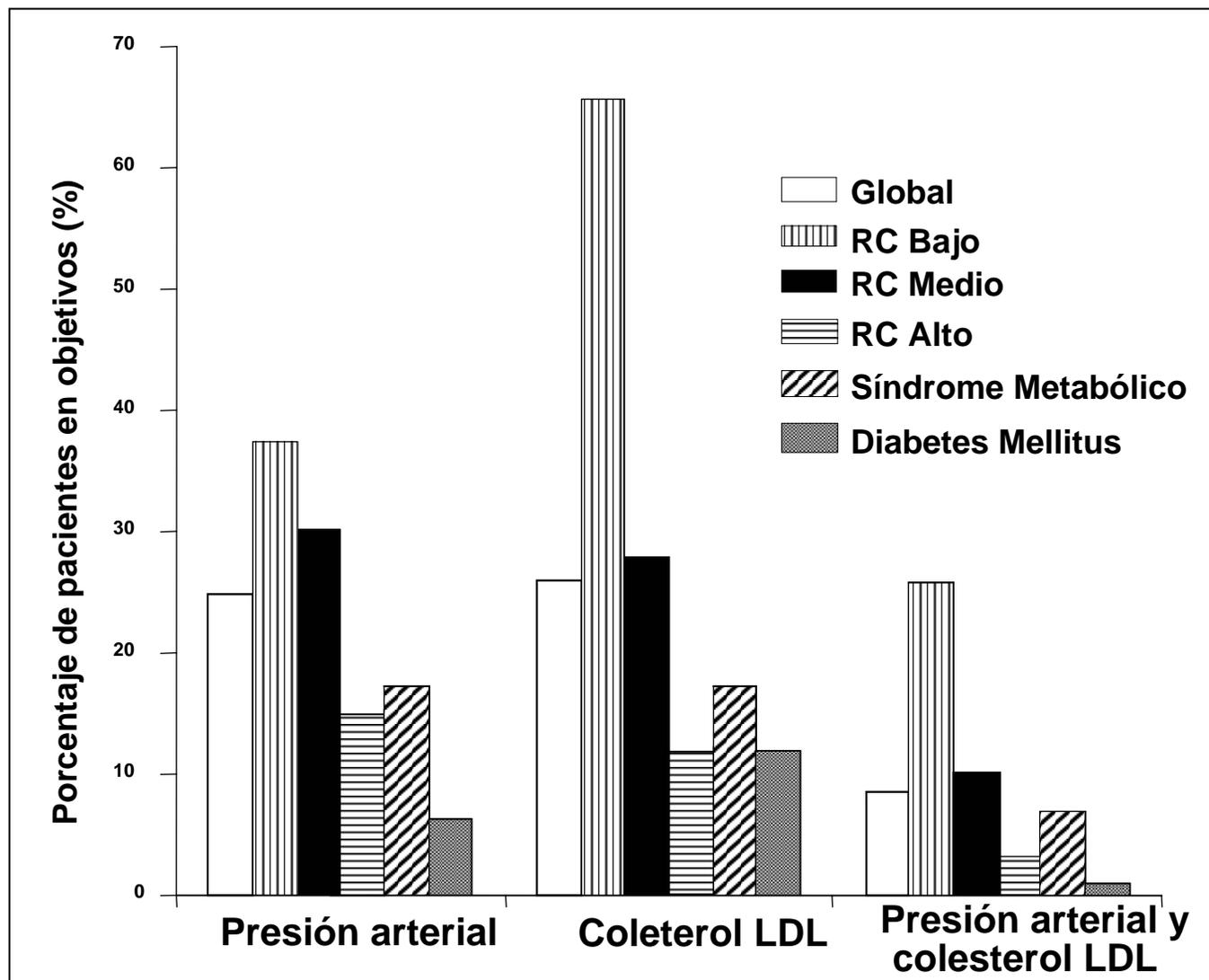


Figura. Eficacia de la terapia combinada (porcentaje de enfermos en objetivos terapéuticos) en función del riesgo cardiovascular (RC) y de la patología subyacente.

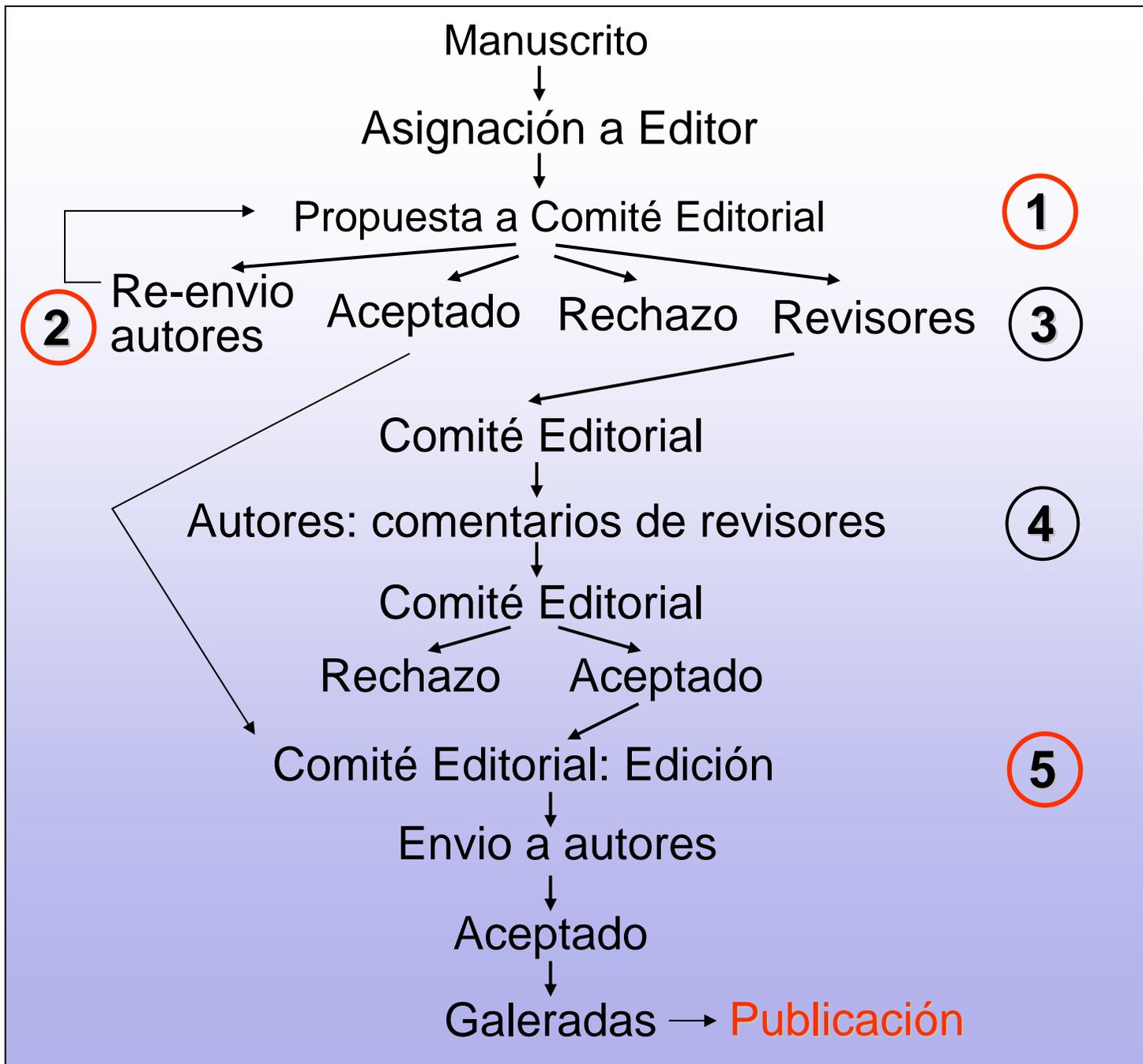


¿Por qué debemos **EDITAR**?

“Es imperdonable no buscar un despacho y unas sillas para hablar de ciertas cosas”.

¿Tan difícil es buscar un despacho y unas sillas para hablar de ciertas cosas?

Algoritmo de decisión EDITORIAL



OBJETIVOS concretos: 4 Areas de desarrollo

1. Actualización, diseño, secciones y contenidos.
- 2. Coordinadores, grupos de trabajo.**
3. Residentes, recepción de Rev Clin Esp.
4. Página web, renovación.

2. **Coordinadores, grupos de trabajo.**

- **Revisores (nombres).**
- **Actualización Clínica: Revisión (un caso real).**
- **“El Artículo del Mes”.**
- **MONOGRAFICO: cada 2 años**

Objetivos concretos: 4 Areas de desarrollo

1. Actualización, diseño, secciones y contenidos.
2. Coordinadores, grupos de trabajo.
- 3. Residentes, recepción de Rev Clin Esp.**
4. Página web, renovación.

Objetivos concretos: 4 Areas de desarrollo

1. Actualización, diseño, secciones y contenidos.
2. Coordinadores, grupos de trabajo.
3. Residentes, recepción de Rev Clin Esp.
- 4. Página web, renovación.**



ELSEVIER

[Búsqueda avanzada](#)
[Herramientas del idioma](#)

Buscar con Google

Voy a tener suerte

Buscar en: la Web páginas en español páginas de España

Google.es ofrecido en: [català](#) [galego](#) [euskara](#)

[Programas de publicidad](#) - [Soluciones Empresariales](#) - [Todo acerca de Google](#) - [Google.com in English](#)

©2009 - [Privacidad](#)



Revista Clínica Española

Buscar

Búsqueda avanzada

Buscar en: la Web páginas en español páginas de España

Web [Mostrar opciones...](#)

Resultados 1 - 10 de aproximadamente 1.390.000 de Revista Clínica Española. (0,25 segundos)

Quizás quiso decir: [Revista Clínica Española](#)

[Revista Clínica Española - ELSEVIER.ES - REVISTAS](#)

Revistas » [Revista Clínica Española](#) » Vol. 209 Núm. 10. [Revista Clínica Española Vol.209 Núm. 10. ISSN: 0014-2565. Audio Sumario ...](#)
[www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7032&revistaid=65](#) - [Similares](#)

[Revista Clínica Española - ELSEVIER.ES - REVISTAS](#)

[Revista Clínica Española. Revista Clínica Española Vol.209 Núm. 10. Vol. 209, Num. 10.](#)
[Revista Clínica Española Vol.209 Núm. 09. Vol. 209, Num. 09 ...](#)
[www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7034&revistaid=65](#) - [Similares](#)
de U Registrados

[Mostrar más resultados de www.doyma.es](#)

[Revista Clínica Española: Sobre la revista](#)

[Revista Clínica Española](#), fundada en 1940, se convirtió desde el año 2000 en la Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna. ...
[db.doyma.es/cgi.../mrevista_info.sobre?...revista...](#) - [En caché](#) - [Similares](#)

[Revista clínica española Medicina Interna - SEMI](#)

[Revista Clínica Española. Revista Clínica Española ... Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008 ...](#)
[www.fesemi.org/.../revista_clinica/ultimo/index.php](#) - [En caché](#) - [Similares](#)

[Revista clínica española - Dialnet](#)

Información de la revista [Revista clínica española](#)

Revista Clínica Española

Volumen 209
 Número 10
 Noviembre
2009

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna



Buscar

en Revista Clínica Española
 en Elsevier.es

» Ayuda

Opciones

- » Último número
- » Números anteriores
- » Suplementos
- » Índice por secciones
- » Los más leídos

Sobre la Revista

- » Envío de manuscritos
- » Organigrama
- » Normas de publicación
- » Más información
- » Suscripción

ORIGINALES

459 Análisis de dos años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del sistema nacional de salud
 R. Barba Martín, J. Marco Martínez, J. Emilio Lasa, J. Canora Lebrero, S. Plaza Cantell y A. Zapotero Gaviria

467 Análisis de la población asucida en una unidad de tuberculosis en Madrid. Evolución e impacto de la inmigración desde 1997 a 2006
 L. Soler Rangel, M.A. García Vieja, M.I. Joras Hernández, J.L. Vidal Pérez, O. López Mesonero y A. Noguerao Asensio

ORIGINAL BREVE

478 Mixoma cardíaco: serie de 30 pacientes
 C. García Zubir, M. Yebra Yeora, E. Salas Antón, R. García Medina, I. Manzana Espinosa y M. Yebra Bango

EDITORIAL

481 La Medicina Interna sigue su camino
 M. Viardell Tarrés

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

485 Parapneumónico pleural effusions and empyema in adults: current practice
 J.M. Porcel y R.W. Light

CONFERENCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA

497 Mujer de 36 años con disnea y derrame pericárdico
 F. L. Martínez Hernández y E. González-Obejo

ARTÍCULO ESPECIAL

503 Reflexiones sobre la autoría de los estudios científicos
 E. Escortell-Mayor, S. Menga-Carilla y Grupo de Investigación Clínica en Atención Primaria

EL ARTÍCULO DEL MES

511

SER MÉDICO

516 El difícil camino del médico cuidador
 C. Vázquez Martínez

NOTA SINGULAR

519

CORRESPONDENCIA

520 Pancreatitis aguda, hipercalcemia y ecografía cervical

521 Shoulder pad y macroglosia: dos signos de amiloidosis

522 Diagnóstico de feocromocitoma mediante tomografía computarizada

524 Eritema nodoso secundario a fiebre Q

524 Réplica

525 Arena de la epidemiología de las infecciones

Mi Cuenta Elsevier

Usuario o e-mail

Contraseña

[Olvíde mi contraseña](#)

[Alta gratuita »](#)

Alerta de novedades

Newsletter



• **Plan ESTRATEGICO**



OBJETIVO general

(Información, Formación, Reflexión)



Objetivos concretos
(áreas de desarrollo)

1. **Actualización**, diseño, secciones y contenidos.
2. **Coordinadores**, grupos de trabajo.
3. **Residentes**, recepción de Rev Clin Esp.
4. **Página web**, renovación.



- **Seriedad** = plan de actuación = trazado.
- **Criterio** = detalles del plan = viaje (i.e. visitas).
- **Rigor** = disciplina criterios = ejecución.



¿Control?

INFORME de los EDITORES / año

SEMI

FEMI

Revista Clínica Española

Actividad editorial

Noviembre 2008 a
Octubre 2009

Dr. D. Gabriel Gaspar Alonso-Vega

Servicio de Medicina Interna



Sociedad Española de Medicina Interna

XXX

Congreso Nacional de
la Sociedad Española
de Medicina Interna

VIII Congreso de la
Sociedad de Medicina Interna
de la Comunidad Valenciana

Valencia 18-21 Noviembre 2009
Palacio de Congresos

Actividad editorial

Noviembre 2008 a Octubre 2009

Tipo de Artículo (Nov 08 a Oct 09)	TOTAL
Recibidos	467
En proceso editorial	65
Proceso editorial finalizado	402
Aceptados (% sobre los finalizados)	92 (22,9 %)

Actividad editorial

Noviembre 2008 a Octubre 2009

Tipo de Artículo (Nov 08 a Oct 09)	Originales	Cartas	Otros*	TOTAL
Recibidos	152	227	88	467
En proceso editorial				65
Proceso editorial finalizado				402
Aceptados (% sobre los finalizados)				92 (22,9 %)

** Actualización clínica, conferencia clínico-patológica, artículos especiales, editoriales, el Artículo del Mes, Ser Médico*

Actividad editorial

Noviembre 2008 a Octubre 2009

Tipo de Artículo (Nov 08 a Oct 09)	Originales	Cartas	Otros*	TOTAL
Recibidos	152	227	88	467
En proceso editorial	33	22	10	65
Proceso editorial finalizado	119	205	78	402
Aceptados (% sobre los finalizados)				92 (22,9 %)

** Actualización clínica, conferencia clínico-patológica, artículos especiales, editoriales, el Artículo del Mes, Ser Médico*

Actividad editorial

Noviembre 2008 a Octubre 2009

Tipo de Artículo (Nov 08 a Oct 09)	Originales	Cartas	Otros*	TOTAL
Recibidos	152	227	88	467
En proceso editorial	33	22	10	65
Proceso editorial finalizado	119	205	78	402
Aceptados (% sobre los finalizados)	15 (12,6 %)	42 (20,5 %)	35 (44,9 %)	92 (22,9 %)

* *Actualización clínica, conferencia clínico-patológica, artículos especiales, editoriales, el Artículo del Mes, Ser Médico*

Actividad editorial

Noviembre 2008 a Octubre 2009

Tipo de Artículo

Originales

Cartas

Otros*

TOTAL

Capacidad de publicación

Nov 09 a oct 2010

33

55

77 - 88

165 - 176

Recibidos

152

227

88

467

En proceso editorial

33

22

10

65

Proceso editorial finalizado

119

205

78

402

Aceptados (% sobre los finalizados)

15 (12,6 %)

42 (20,5 %)

35 (44,9 %)

92 (22,9 %)

* Actualización clínica, conferencia clínico-patológica, artículos especiales, editoriales, el Artículo del Mes, Ser Médico

Actividad editorial

Noviembre 2008 a Octubre 2009

Tipo de Artículo

Originales

Cartas

Otros*

TOTAL

Capacidad de publicación

Nov 09 a oct 2010

33

55

77 - 88

165 - 176

Recibidos

152

227

88

467

En proceso editorial

33

22

10

65

Proceso editorial finalizado

119

205

78

402

Aceptados (% sobre los finalizados)

15 (12,6 %)

42 (20,5 %)

35 (44,9 %)

92 (22,9 %)

Estimación de aceptación final

33 (22 %)

55 (24 %)

50%

171 (37 %)

** Actualización clínica, conferencia clínico-patológica, artículos especiales, editoriales, el Artículo del Mes, Ser Médico*

Artículos <i>(Nov 08 a Oct 09)</i>	Originales	Cartas	Otros*	TOTAL
Recibidos	152	227	88	467

Artículos enviados a revisión externa

64

Artículos <i>(Nov 08 a Oct 09)</i>	Originales	Cartas	Otros*	TOTAL
Recibidos	152	227	88	467

Artículos enviados a revisión externa

64

Envío de originales a revisores

42 %

Artículos <i>(Nov 08 a Oct 09)</i>	Originales	Cartas	Otros*	TOTAL
Recibidos	152	227	88	467

Artículos enviados a revisión externa **64**

Envío de originales a revisores **42 %**

Nº de revisores invitados **177**

Artículos <i>(Nov 08 a Oct 09)</i>	Originales	Cartas	Otros*	TOTAL
Recibidos	152	227	88	467

Artículos enviados a revisión externa **64**

Envío de originales a revisores **42 %**

Nº de revisores invitados **177**

Nº de revisores / artículo **2,8**

Artículos <i>(Nov 08 a Oct 09)</i>	Originales	Cartas	Otros*	TOTAL
Recibidos	152	227	88	467

Artículos enviados a revisión externa **64**

Envío de originales a revisores **42 %**

Nº de revisores invitados **177**

Nº de revisores / artículo **2,8**

Nº de revisores que envían revisión **107**

Artículos <i>(Nov 08 a Oct 09)</i>	Originales	Cartas	Otros*	TOTAL
Recibidos	152	227	88	467

Artículos enviados a revisión externa	64
Envío de originales a revisores	42 %
Nº de revisores invitados	177
Nº de revisores / artículo	2,8
Nº de revisores que envían revisión	107
Nº de revisores que envían revisión / Artículo	1,7

Selected Reviewers

Invited Reviewers and Linked Alternate Reviewers

 (Revisor)	Review Complete
 (Revisor)	Reviewer Declined
 (Revisor)	Reviewer Declined
 (Revisor)	Un-invited Before Agreeing to Review
 (Revisor)	Un-invited Before Agreeing to Review
 (Revisor)	Un-invited Before Agreeing to Review
 (Revisor)	Un-invited Before Agreeing to Review
 (Revisor)	Un-invited After Agreeing to Review

Alternate Reviewers

There are currently no Alternate Reviewers selected for this submission.

Artículos <i>(Nov 08 a Oct 09)</i>	Originales	Cartas	Otros*	TOTAL
Recibidos	152	227	88	467

Artículos enviados a revisión externa	64
Envío de originales a revisores	42 %
Nº de revisores invitados	177
Nº de revisores / artículo	2,8
Nº de revisores que envían revisión	107
Nº de revisores que envían revisión / Artículo	1,7
Días de demora en obtener revisión	19,7

Tabla 3. Revisores que han examinado manuscritos para Rev Clin Esp desde Noviembre 2008 hasta Octubre 2009. Destacamos algunos “revisores de excelencia” por el número de revisiones que han efectuado en el último año y por la calidad de las mismas, que incluye tiempos de respuesta breves.

José María Aguado García, Pilar Aguado, M^a Teresa Alarcón, Sergio Alcolea Batres, Pedro Almagro Mena, Alberto Alonso Babarro, Rodolfo Álvarez Sala, Fernando de Álvaro, Javier Ampudia, Agustín Arévalo Velasco, **Francisco Arnalich Fernández**, Arturo Artero Mora, **José Ramón Banegas Banegas**, Raquel Barba, **Francisco Javier Barbado Hernández**, José Barbera Ferre, José Barberan López, Vivencio Barrios Alonso, Miguel Barrueco, José Antonio Blázquez, **José I. Botella Carretero**, Antonio Buño, Miguel Camafort, Miguel Ángel Canales, **José Antonio Capdevila Morell**, Jordi Pou Casademont, Javier Cassinello, Victoria Castell, Isabel Coma, Olga Costero, **José Ignacio Cuende Melero**, Javier de Castro, **María Jesús del Cerro**, **Leyre Díez Porres**, Javier Ena Muñoz, Antonio Esquinas Rodríguez, **Miriam Estébanez Muñoz**, **Ángela Felip**, **Joaquín Fernández Sola**, Teresa Ferrer, Jordi Forteza-Rey Borralleras, Inés Galende Domínguez, Ramón García, Javier García Alegría, Gonzalo García De Casasola, **Daniel García Gil**, **Pablo García Pavía**, Miguel Ángel García Viejo, José Antonio Gimeno, Alberto Goday, Jorge Francisco Gómez, Juan Ignacio González, Juan Manuel Guerra Vales, M^a Teresa de Guzmán, Alicia Herrero, **Carlos Ibero Esparza**, Manuel Javalollas, Beatriz Lecumberri, Arturo Lisbona, Francisco López, Mónica López, Francisco Román López Andréu, Francisco López-Medrano, **Juan Emilio Losa García**, J. Maldonado, Teresa Mantilla, Pilar Martín, Ángeles Martínez, Alberto Mata, **Jesús Medina Asensio**, Alfredo Michán Doña, **Javier de Miguel Díez**, Josep María Mòdol, **Alfonso Monereo Alonso**, Carmen Montoto, Raquel Moreno, José M^a Mostaza, José Manuel Murcia Zaragoza, Lía Nattero, Gemma Navarro, Enrique Nava, José María Oliver Ruiz, **José Manuel Olmos Martínez**, Francisco Pasquau Liaño, Rafael Peinado, Antonio Pérez, **Antonio Pérez Pérez**, Javier del Pino Montes, **Álvaro Pinto Marin**, Emilio Pintor, Susana Plaza Canteli, Concepción Prados, E. Prieto, Nieves Ramírez, Germán Ramírez Olivencia, **Jesús Pedro Recio Iglesias**, **Jesus Rodriguez Baño**, Luis Rodríguez Padial, Javier Rosado, Fernando Rodríguez, **Carlos M^a San Román Terán**, **Ángel Sánchez Recalde**, **Regino Serrano Heranz**, Juan Carlos Sevilla, Javier Sobrino, Manuel Sosa, Juan Antonio Vargas, María Velasco Arribas



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



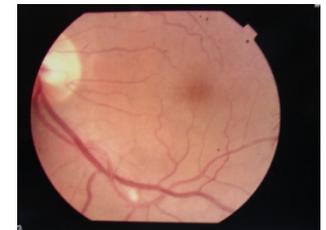
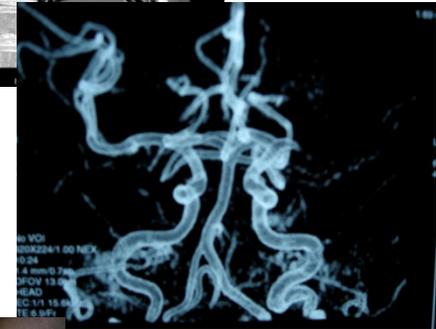
Perspectivas futuras



Contenidos Rev Clin Esp

e-casos:

- Singulares
- Estudio clínico modélico
- Investigación adicional
- Correctamente escritos



Contenidos Rev Clin Esp

BMJ

RESEARCH

Combining insulin with metformin or an insulin secretagogue in non-obese patients with type 2 diabetes: 12 month, randomised, double blind trial

Søren S Lund, medical doctor,¹ Lise Tarnow, medical doctor,¹ Merete Frandsen, chief laboratory technician,¹ Bente B Nielsen, nurse,¹ Birgitte V Hansen, laboratory technician,¹ Oluf Pedersen, chief physician,^{2,3,4} Hans-Henrik Parving, chief physician,^{3,5} Allan A Vaag, chief physician^{1,6}

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

Use of metformin in non-obese patients with type 2 diabetes is controversial

There is insufficient evidence to support the use of metformin or an insulin secretagogue in addition to insulin therapy in non-obese patients with type 2 diabetes

WHAT THIS STUDY ADDS

In non-obese patients with type 2 diabetes, biphasic insulin aspart 70/30 plus metformin and biphasic insulin aspart 70/30 plus the insulin secretagogue repaglinide are both safe and effective means of glycaemic regulation

Biphasic insulin aspart 70/30 plus metformin and biphasic insulin aspart 70/30 plus repaglinide provide equal glycaemic control and have an equal risk of hypoglycaemia

Weight gain appeared less with insulin plus metformin than with insulin plus repaglinide

insulin plus oral hypoglycaemic agents compared with an insulin only regimen; for example, for glycaemic regulation in obese patients with type 2 diabetes.^{3,6,46,53-55} Likewise, we did not investigate insulin on top of combination therapy with metformin plus repaglinide. The 96% increase in mortality among patients on combination treatment with metformin or insulin secretagogues observed in the UKPDS is worrisome¹—especially when combination therapy is used for long term treatment (for example, with insulin treatment). Notably, combination therapy with two or more oral hypoglycaemic agents in patients with type 2 diabetes has recently been subject to further safety concerns.⁵¹

The 1-2 percentage points lowering of HbA_{1c} con-

Contenidos Rev Clin Esp



Revista Clínica
Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL BREVE

Mixoma cardíaco: serie de 30 pacientes

C. García Zubiri^a, M. Yebra Yebra^b, C. Salas Antón^c, R. García Madero^a,
L. Manzano Espinosa^b y M. Yebra Bango^{a,*}

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

^bUnidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular del Anciano. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Aceptado para su publicación el 10 de marzo de 2009.

PALABRAS CLAVE

Mixomas;
Tumores cardíacos;
Citocinas

• ¿Qué sabíamos
previamente?

• Hallazgo principal.

• Limitaciones

• Implicaciones
futuras

Resumen

Introducción y objetivos. El mixoma es la neoplasia benigna cardíaca más frecuente. El objetivo de este estudio es relacionar los síntomas y los hallazgos en las pruebas complementarias de los pacientes diagnosticados de mixoma con las características macroscópicas del tumor.

Material y métodos. Se analizaron de forma retrospectiva en dos hospitales de tercer nivel un total de 30 mixomas cardíacos en los últimos 22 años. En el mismo periodo se identificaron 5 sarcomas cardíacos. Para las comparaciones se utilizó el test de la ji cuadrado y el test exacto de Fischer. En un paciente con síntomas sistémicos e inflamatorios se determinó la producción de interleucina 6 (IL-6) en células mononucleares de sangre periférica antes y después de la cirugía.

Resultados. La distribución de los enfermos fue equitativa para ambos sexos. La edad media fue de 60 años. Las manifestaciones clínicas más prevalentes fueron los síntomas cardíacos (73,3%), seguidos de los síntomas generales (30%) y las manifestaciones embólicas (26,7%). El diagnóstico se realizó mediante ecocardiograma, siendo la localización predominante la aurícula izquierda. Los tumores de mayor tamaño se presentaron en edades avanzadas y se relacionaron más frecuentemente con manifestaciones cardíacas y con más alteraciones radiológicas y electrocardiográficas. Por el contrario, los tumores de menor tamaño y pediculados tuvieron manifestaciones embólicas con mayor asiduidad. No hubo mortalidad postoperatoria aunque sí arritmias transitorias. No se describieron recidivas locales. Se comprobó que los monocitos de sangre periférica contribuyen de forma mayoritaria a la producción de IL-6 en un paciente con síntomas sistémicos.

Conclusiones. El mixoma es la neoplasia cardíaca más frecuente. Los síntomas cardíacos son la forma de presentación más común de los mixomas. El diagnóstico se realizó mediante ecocardiografía. El tamaño y la morfología del tumor se relacionan con la edad del paciente y con algunas manifestaciones clínicas y hallazgos de las pruebas complementarias. El tratamiento es quirúrgico y suele ser seguro y curativo.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Accreditación - Autoevaluación



Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas
Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina
Consejo Nacional de Especialidades Médicas

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

ACTIVIDADES A DISTANCIA O MIXTAS

A. ENTIDAD PROVEEDORA

Nombre: ELSEVIER ESPAÑA, S.L. C.I.F. B-61578563
Calle/Plaza: Infanta Mercedes, 90 Localidad - Provincia - Código postal: Madrid 28020
Teléfono: 91-402-12-12 Fax: 91-425-04-24 E-mail: e.eisman@elsevier.com
Responsable(s) y cargo en la Entidad: M^a Eugenia Eisman, Directora Editorial

B. ACTIVIDAD

1. Nombre-Título de la actividad (*Indicar si se han realizado versiones previas de la misma actividad*)

“Formación Médica Continuada: REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA 2010”

2. Acreditaciones anteriores: Indicar si la actividad para que se solicita acreditación ha sido acreditada por SEAFORMEC

SI (Marque con X la casilla gris correspondiente) NO

Si la respuesta es afirmativa, indicar el Número de registro de la última edición

3. Director(es)-Responsable(s) de la actividad (*Nombre y puesto de trabajo*)

El Director de la Revista en la actualidad, el Dr. Juan García-Puig

4. Población (es)-Provincia(s) donde se realiza:

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Paz

5. Tipo de actividad (*Marcar con una X lo correcto*)

Congreso	<input type="checkbox"/>
Jornadas	<input type="checkbox"/>
Reunión científica	<input type="checkbox"/>
Curso	<input checked="" type="checkbox"/>
Seminario	<input type="checkbox"/>
Taller o similares	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Papel de los revisores



CONSORT Statement 2001 Checklist Items to include when reporting a randomized trial

PAPER SECTION And topic	Item	Descriptor	Reported on Page #
TITLE & ABSTRACT	1	How participants were allocated to interventions (e.g., "random allocation", "randomized", or "randomly assigned").	
INTRODUCTION	2	Scientific background and explanation of rationale.	
Background	3	Eligibility criteria for participants and the settings and locations where data were collected.	
METHODS	4	Precise details of the interventions intended for each group when they were actually administered.	
Participants	5	Specific objectives and hypotheses.	
Interventions	6	Clearly defined primary and secondary outcome measures, applicable, any methods used to enhance the quality of multiple observations, training of assessors).	
Objectives	7	How sample size was determined and, when applicable, interim analyses and stopping rules.	
Outcomes	8	Method used to generate the random allocation sequence and any restrictions (e.g., blocking, stratification).	
Sample size	9	Method used to implement the random allocation sequence (containers or central telephone), clarifying whether the concealed until interventions were assigned.	
Randomization -- Sequence generation	10	Who generated the allocation sequence, who enrolled and assigned participants to their groups.	
Randomization -- Allocation concealment	11	Whether or not participants, those administering the intervention, and those assessing the outcomes were blinded to group assignment, and success of blinding was evaluated.	
Blinding (masking)	12	Statistical methods used to compare groups for primary and additional analyses, such as subgroup analyses and interaction tests.	
Statistical methods	13	Flow of participants through each stage (a diagram is recommended). Specifically, for each group report the participants randomly assigned, receiving intended treatment, completing follow-up, and analyzed for the primary outcome, deviations from study as planned, together with reasons for those deviations.	
RESULTS	14	Dates defining the periods of recruitment and follow-up.	
Participant flow	15	Baseline demographic and clinical characteristics of each group.	
Recruitment	16	Number of participants (denominator) in each group and whether the analysis was by "intention-to-treat". State absolute numbers when feasible (e.g., 10/20, not 50%).	
Baseline data	17	For each primary and secondary outcome, a summary estimate, and the estimated effect size and its precision (e.g., confidence interval).	
Numbers analyzed	18	Address multiplicity by reporting any other analyses per subgroup analyses and adjusted analyses, indicating that those exploratory.	
Outcomes and estimation	19	All important adverse events or side effects in each intervention group.	
Ancillary analyses	20	Interpretation of the results, taking into account study hypothesis, potential bias or imprecision and the dangers of associations and outcomes.	
Adverse events	21	Generalizability (external validity) of the trial findings.	
DISCUSSION	22	General interpretation of the results in the context of current knowledge.	
Interpretation			
Overall evidence			

From Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving reporting of randomised trials. *Lancet* 2001; 357(9253): 1191-1194.

The CONSORT Statement 2001 checklist is intended to be accompanied with a flow diagram that facilitates its use. For more information, visit www.consort-statement.org.

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

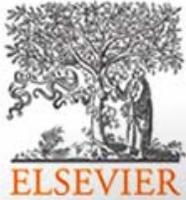
Item No	Recommendation
Title and abstract	
1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction	
2	Background/rationale: Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
3	Objectives: State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods	
4	Study design: Present key elements of study design early in the paper
5	Setting: Describe the setting, location, dates of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
6	Participants: (a) Cohort study—Give the selection of participants. Describe ascertainment and control Case-control study—Give the selection of participants. Describe ascertainment and control Cross-sectional study—Give the selection of participants
7	Variables: Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and modifiers. Give diagnostic criteria and measurement methods
8*	Data sources/measurement: For each variable of interest, describe measurement methods, timing, and accuracy (measurement error), if more than one group
9	Bias: Describe any efforts to address potential sources of bias
10	Study size: Explain how the study size was determined
11	Quantitative variables: Explain how quantitative variables were handled, describe which groupings were compared, and provide estimates of confidence intervals
12	Statistical methods: (a) Describe all statistical methods, software used, and any adjustments for multiple comparisons (b) Describe any methods used to examine interactions (c) Explain how missing data were handled (d) Cohort study—If applicable, describe the methods used to estimate incidence or prevalence Case-control study—If applicable, describe the methods used to estimate odds ratios Cross-sectional study—If applicable, describe the methods used to estimate prevalence ratios (e) Describe any sensitivity analyses

PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria; participants; and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I ²) for each meta-analysis.	

Continued on next page

Difusión RCE



INICIO LIBROS CLÍNICAS **REVISTAS** FORMACIÓN ELSEVIER FARMA JANO ONLINE 

LISTADO ALFABÉTICO LISTADO POR ESPECIALIDADES SUSCRIPCIÓN PUBLICIDAD

[Revistas](#) » [Revista Clínica Española](#) » [Vol. 209 Núm. 10](#)

Revista Clínica Española Vol.209 Núm. 10
ISSN: 0014-2565

Volumen 209. Número 10 Sumario - Noviembre 2009

Originales

Análisis de dos años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del sistema nacional de salud

R. Barba Martín, J. Marco Martínez, J. Emilio Losa, J. Canora Lebrato, S. Plaza Canteli, A. Zapatero Gaviria

Rev Clin Esp.2009; 209(10) :459-66

Buscar

en Revista Clínica Española

en Elsevier.es

» Ayuda

Opciones

- » Último número
- » Números anteriores
- » Suplementos
- » Índice por secciones
- » Los más leídos

Sobre la Revista

- » Envío de manuscritos
- » Organigrama
- » Normas de publicación
- » Más información
- » **Suscripción**

Mi Cuenta Elsevier

[Desconectar](#)

juanjo.rios@gmail.com

- Mis Documentos [0]
- Búsquedas [0]
- Newsletter [1]
- Mis Datos

Alerta de novedades

- Newsletter 
- Recibir sumario por e-mail



Difusión RCE



Revista Clínica Española

Estimado amigo:

Los contenidos de **Revista Clínica Española** están disponibles en la página web y en formato papel. Los costes de producción de **Revista Clínica Española**, y la necesidad de colaborar con la preservación del medio ambiente, aconsejan formularle en nombre de la **SEMI** la siguiente pregunta:

Teniendo en cuenta que puedes acceder a los contenidos de **Revista Clínica Española** en su página web: <http://www.elsevier.es/rce>

¿Quieres seguir recibiendo **Revista Clínica Española** en formato papel, sin cambios en el precio de tu suscripción?

Sí, deseo seguir recibiendo **Revista Clínica Española** en formato papel, además de poder visualizar los contenidos de la revista en Internet.

NO, puedo leer los contenidos de **Revista Clínica Española** en Internet, e imprimir solamente lo que desee. De este modo contribuyo al ahorro de papel.

Indique, por favor, su respuesta a través de la página web:
<http://www.elsevier.es/rce/encuesta>

*la ausencia de respuesta será interpretada en el sentido de que el suscriptor puede prescindir de la recepción de **Revista Clínica Española** en formato papel.

¡Muchas gracias por su atención!

